

Les kystes hydatiques primitifs de la paroi abdominale

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 22 novembre 1943

PAR

GEORGES CROUZILHAC

INTERNE A L'HOPITAL CIVIL DE CANNES

né le 27 septembre 1917, à Murviel-les-Béziers (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. AIMES, <i>professeur, président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, <i>professeur.</i>		
		MOURGUE-MOLINES, <i>agrégé.</i>		
		TRUC, <i>agrégé.</i>		

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1943

LES KYSTES HYDATIQUES PRIMITIFS
DE LA PAROI ABDOMINALE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Les kystes hydatiques primitifs de la paroi abdominale

THESE

Présentée et publiquement soutenue
devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 22 novembre 1943

PAR

GEORGES CROUZILHAC

INTERNE A L'HOPITAL CIVIL DE CANNES

né le 27 septembre 1917, à Murviel-les-Béziers (Hérault)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

<i>Examineurs de la Thèse</i>	{	MM. AIMES, <i>professeur, président.</i>	{	<i>Assesseurs</i>
		ETIENNE, <i>professeur.</i>		
		MOURGUE-MOLINES, <i>agrégé.</i>		
		TRUC, <i>agrégé.</i>		

IMPRIMERIE DE LA PRESSE
3, rue Jardin-Martel, 3
MONTPELLIER

1943

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires :

Anatomie
Histologie
Physiologie
Chimie biologique médicale et toxicologie
Physique médicale
Anatomie pathologique et médecine expérimentale
Microbiologie
Pathologie et thérapeutique générales
Thérapeutique et matière médicale
Hydrologie thérapeutique et climatologie
Hygiène
Médecine légale et médecine sociale
Pathologie médicale et clinique propédeutique
Clinique médicale
Clinique chirurgicale
Clinique obstétricale
Clinique des maladies mentales et nerveuses ..
Clin. des malad. des enfants et hyg. du 1er âge ..
Clinique de dermato-syphiligraphie
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie
Clinique des maladies des voies urinaires
Clinique gynécologique
Clinique ophtalmologique
Clinique oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale ..

MM.

J. DELMAS.
TURCHINI.
HEDON
CRISTOL
PECH
BAUMEL
LISBONNE
PAGES.
JANBON.
PUECH.
CARRIEU.
VIDAL
BOULET.
L. RIMBAUD.
GIRAUD, doyen.
MASSABUAU, ass.
LAPEYRE.
P. DELMAS.
EUZIERE, doy. hon.
DOUDET.
MARGAROT.
ETIENNE.
JEANBRAU.
N...
DEJEAN.
TERRACOL.

Charges de cours :

Anatomie
Histologie
Radiologie
Propédeutique chirurgicale

LAUX.
GRANEL.
LAMARQUE.
AIMES.

Professeurs honoraires

MM. TEDENAT, BERTIN-SANS, CABANNES,
GALAVIEILLE, VIRES, BOSCH, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE.

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.

Chimie	MONNIER, agrégé.
Microbiologie . .	CARRERE, agrégé.
Hist. nat. méd.	HARANT, agrégé.
Pharmacologie. .	HARANT, agrégé.
Pathologie méd.	BOUCOMONT, agr.
—	BERT, agrégé.
Propédeut. méd.	P. RIMBAUD, agr.
Clin. interne . .	PUECH, professeur.
Clin. des mal.	
contagieuses . .	JANBON, profes.

MM.

Clinique de la	
tuberculose . .	VIDAL, professeur.
Pathologie chir..	MOURGUE-
	MOLINES, agr.
—	TRUC, agrégé.
Chir. experim. .	GUIBAL, agrégé.
Médecine opér...	ROUX, agrégé.
Accouchements .	CADERAS
	DE KERLEAU, agr.
Stomatologie . .	HOUPERT, docteur en
	médecine.

Agrégés en exercice

MM.

Médecine	P. RIMBAUD.
—	BOUCOMONT.
—	BERT.
—	LAFON, ch. d'agr.
Chimie	MONNIER.
Bactériologie . .	CARRERE.
Hist. nat. méd.	HARANT.

MM.

	MOURGUE-
Chirurgie	MOLINES.
—	GUIBAL.
—	ROUX.
Urologie	TRUC.
Accouchements .	CADERAS
	DE KERLEAU.



A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MA GRAND'MERE

A MON PERE ET A MA MERE

*Leur affection, qui a été et sera
toujours mon guide le plus sûr, voudra
trouver dans cet acte final de ma sco-
larité, la récompense de leurs sacrifi-
ces.*

A MES CAMARADES DE L'INTERNAT
DE L'HOPITAL CIVIL DE CANNES

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AIMES
PROFESSEUR CHARGÉ DE COURS
DE PROPÉDEUTIQUE CHIRURGICALE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

En faible témoignage de ma reconnaissance et de ma respectueuse admiration.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. ETIENNE

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE INFANTILE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MONSIEUR LE PROFESSEUR

E. MOURGUE-MOLINES

PROFESSEUR AGRÉGÉ DE CHIRURGIE
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
CROIX DE GUERRE 1914-18, 1939-40

A MONSIEUR LE PROFESSEUR E. TRUC

PROFESSEUR AGRÉGÉ D'UROLOGIE
CROIX DE GUERRE T. O. E.

LES KYSTES HYDATIQUES PRIMITIFS DE LA PAROI ABDOMINALE

INTRODUCTION

Le *tænia echinococcus* est accidentellement l'hôte de l'homme,

Il se localise le plus souvent dans le foie ou le poumon, tandis que les localisations musculaires sont rares. Nous nous proposons d'étudier cette dernière localisation et plus particulièrement la fixation du *tænia echinococcus* aux muscles de la paroi abdominale.

Une observation fut recueillie dans le service de M. le Professeur Riche, par M. le Professeur Aimes, qui a bien voulu nous la communiquer et nous diriger dans notre modeste travail, nous l'en remercions bien profondément.

Nous avons groupé deux autres observations, très caractéristiques, publiées par Négrié et Rolland, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, et par MM. les Professeurs Lamas et Prat, de Montevideo, dans le *Journal de Chirurgie*.

Nous nous arrêterons assez longuement sur l'étiologie et nous essayerons d'expliquer cette localisation du kyste hydatique à la paroi abdominale.

Dans notre étude anatomique, nous différencierons les kystes des muscles de la paroi abdominale proprement dite, des kystes pré-péritonéaux, nous conserverons ce même plan pour l'étude clinique et le diagnostic, et nous terminerons par le pronostic et le traitement.

OBSERVATIONS

OBSERVATION PREMIÈRE

*Sur un kyste de la paroi abdominale
inclus dans l'épaisseur du muscle grand droit*

*Observation publiée dans Bulletins et Mémoires de la
Société de Chirurgie, par M. Négrié et Rolland, Méde-
cins de la Marine, à Bizerte, en 1927.*

Fillette arabe, âgée de 9 ans, admise à l'Hôpital de Sidi-
Abdallah, avec le diagnostic de tumeur abdominale.

Histoire de la maladie. — Il y a deux ans, la mère de la
malade s'est aperçue que l'enfant avait déjà, faisant saillie
sous la peau, un peu à gauche de la ligne médiane, une
grosseur dont le volume atteignait celui d'une noix. Peu à
peu, le volume augmenta, une gêne considérable s'installa,
puis survinrent quelques crises douloureuses. Quand l'en-
fant se tenait debout, tout le ventre pointait en avant. Il
n'a jamais été constaté de troubles intestinaux,

Antécédents. — R. A. S., sauf que la fillette a gardé des
troupeaux de moutons et a vécu avec des chiens.

Examen à l'entrée. — Etat général satisfaisant. Vous-
sure très nette de la paroi, culminant à gauche de la ligne

médiane, un peu au-dessous de l'ombilic. La percussion de la région para-ombilicale gauche délimite une zone de matité arrondie de 12 centimètres de diamètre. La palpation décèle une grosse masse, du volume d'un œuf d'autruche, de consistance kystique, mobile transversalement, fixée en haut et en bas. Au point où la grosseur affleure, la paroi abdominale à travers le grand droit gauche, on perçoit un orifice circulaire de 15 millimètres de diamètre environ, entouré d'un bourrelet de consistance semi-cartilagineuse. Le doigt pénètre dans la saillie comme s'il n'y avait devant lui que la peau et la paroi kystique. Ce tableau clinique fit porter le diagnostic de kystique hydatique de la paroi abdominale.

La réaction de Wrinberg est positive.

L'intradermo-réaction de Casoni est positive.

B.-W. positif.

Eosinophilie: 5 %.

Intervention. — Le 1^{er} février 1927: anesthésie à l'éther. Après incision de la paroi, au niveau du pôle saillant de la tumeur, on arrive sur celle-ci sans rencontrer de fibres musculaires du grand droit gauche, et sans ouvrir le péritoine. On évacue le contenu kystique (on ne trouve qu'une seule vésicule fille) on referme après formolisation.

Le feuillet postérieur de l'aponévrose du grand droit, en partie dilacéré, est adhérent à la partie postérieure du kyste; on fait une extirpation extra-péritonéale.

Prélèvement du kyste, envoyé au Docteur Séguy, qui répond: « Prélèvement fait sur la partie postérieure du kyste, trois zones nettement différenciées: paroi propre du kyste, zone de réaction scléreuse, tissu musculaire. Il semble bien, en considérant la continuité de l'adventice avec le

kyste d'une part et le muscle de l'autre, que le kyste s'est bien développé primitivement au sein même du muscle et qu'il ne s'agit pas d'un kyste péritonéal inclus dans la masse musculaire ».

OBSERVATION II

Kyste hydatique pré-péritonéal de l'abdomen

Observation publiée par M. Lamas

Professeur à la Faculté de Médecine de Montévidéo

Histoire de la maladie. — Femme malade depuis cinq ans. Elle a eu d'abord des douleurs gastriques et du ballonnement de l'épigastre. Il y a deux ans, elle a rejeté, par la bouche et par l'anus, simultanément, du liquide clair en grande abondance; en même temps, elle a éliminé par l'anus des membranes blanches: il semble qu'il se soit agi d'une hydatidenterie. Il y a un an, elle a ressenti une douleur très subite et très vive dans le ventre et elle remarqua, par la suite, que son ventre augmentait de volume. Ce gros ventre et les douleurs la décidèrent à entrer à l'Hôpital Maciel, le 1^{er} juillet 1920.

Examen à l'entrée. — Ce qui frappe, c'est le ventre très volumineux. La paroi abdominale est projetée en avant, lisse, régulièrement convexe, avec une distension homogène et presque sans circulation complémentaire. Nous pouvons comparer son ventre à celui d'une grossesse à terme, avec, en plus, une distension très prononcée des flancs. Au-dessous du rebord costal, on note le contraste brusque entre le thorax normal et l'énorme abdomen.

A la palpation, toute le ventre a une rénitence élastique à grande tension. La palpation bi-manuelle donne le choc

d'onde liquide; matité partout qui ne se modifie pas avec la position de la malade. L'état général est assez bon. La température est normale.

La radioscopie du thorax est normale. On n'a pas pu faire une radioscopie de l'intestin.

Examen du sang:

Polynucléaires neutrophiles	70	%
Polynucléaires éosinophiles	3,5	%
Polynucléaires basophiles.	0	%
Lymphocytes moyens	23,5	%
Grands mononucléaires	3	%

Diagnostic. — Ascite libre de nature tuberculeuse.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. Laparotomie sous-ombilicale. Incision de 8 centimètres. On coupe la peau, on tombe sur une couche qui semble être le péritoine: on l'incise et aussitôt il en sort une grande quantité de liquide clair, eau de roche, et des vésicules hydatiques en quantité innombrables. On retire de 8 à 10 litres de liquide: on nettoie avec du sérum et de l'eau formolée (2 %). Un clamp est promené enfoncé jusqu'au manche par toute la cavité, sans trouver aucun obstacle, de l'épigastre au pubis et d'un flanc à l'autre. On voit l'intestin à travers une couche mince transparente; c'est que le kyste que l'on a vidé ne communique pas avec la cavité abdominale, il est pré-péritonéal.

Drain et mèche. On ne suture pas la plaie. La malade meurt cinq jours après.

Autopsie. — On constate que la cavité du kyste est énorme et occupe les parois antérieures et latérales de

l'abdomen dans toute leur étendue. L'intestin et les autres viscères abdominaux sont séparés de la cavité du kyste par un feuillet d'aspect séreux qui s'applique sur l'intestin et en épouse les reliefs. Elle est plus épaisse qu'un péritoine normal. La face postérieure de cette membrane est libre, sauf en un point, où elle a une adhérence très marquée au mésentère, mais on ne trouve pas là de trace de fistule, ni aucun autre kyste. En avant, la paroi du kyste est plus épaisse; elle est séparée de l'aponévrose par un espace décollable d'un demi-centimètre environ.

Aucun examen histologique n'a été pratiqué. Le foie est normal à la coupe, on n'y trouve pas de kyste. Il n'y en a pas non plus dans les autres viscères. Il n'y a pas d'infection apparente de la poche.

OBSERVATION III

Kyste hydatique de la paroi abdominale
Observation due à l'obligeance de notre Maître
le Professeur Aimes

Histoire de la maladie. — Un jeune agriculteur de 23 ans entre dans le service du Professeur Riche, le 22 mai 1942, avec le diagnostic de hernie de la ligne blanche. Ce jeune malade avait remarqué cette anomalie, située au-dessous de son ombilic, depuis environ trois mois. Il avait même observé une augmentation survenue le dernier mois, sans aucune douleur et sans gêne fonctionnelle appréciable.

Antécédents. — Jeune homme bien constitué, ne signalant rien de particulier dans ses antécédents personnels.

Examen à l'entrée. — On remarque, à droite, à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic, l'existence d'une

tumeur du volume d'une grosse noix non réductible, fixée par les efforts de contraction, mobile sous la peau, fixée aux plans profonds, assez dure, non lobulée.

Le diagnostic portée est celui d'un fibro-lipome de la gaine des droits. Mais le Professeur Aimes, qui a eu l'occasion d'examiner le malade, dont E. Chauvin a publié l'observation dans le *Montpellier Médical* de février 1920, pense qu'il peut s'agir d'un kyste hydatique.

Intervention le 1^{er} juin 1942. — Opérateur: Docteur Ginestie; aide: M. Nègre.

Anesthésie locale à la novocaïne, 1 pour 200: 40 cc.

Incision sur la tuméfaction verticale de 2 centimètres.

Incision de la gaine du droit, sous laquelle on trouve une tumeur d'allure kystique, du volume d'un œuf de pigeon, fortement adhérente aux tissus musculaires, qui doivent être sectionnés, ce qui permet l'énucléation totale. Il n'y a pas de pédicule et, opératoirement, la tumeur paraît dépendre du muscle droit lui-même. Hémostase. Drainage sous-aponévrotique par un faisceau de crins. Surjet sur la gaine du droit.

Sortie. — Excellent état local. Les réactions de Lisbonne ont montré qu'il s'agissait d'un kyste hydatique de la paroi abdominale.

Examens de laboratoire

Laboratoire d'anatomie-pathologique. — La face interne de la cavité considérée ne comporte pas de revêtement épithélial ou endothélial. On y voit une membrane anhiste basophile par places, acidophile en d'autres points, et dont il est difficile de préciser la nature histologique.

Laboratoire de bactériologie. — Réaction d'hémolyse et précipitation: récepto-diagnostic: ++.

Liquide de prélèvement: liquide de kyste hydatique.

ETIOLOGIE ET PATHOGENIE

Nous rappelons le mécanisme de l'infection et le mode de fixation du kyste hydatique à la paroi abdominale. Le cycle de développement du *tænia echinococcus* exige l'intervention de deux animaux: le chien et le mouton. Le parasite adulte ne dépasse qu'exceptionnellement 5 millimètres, vit dans l'intestin grêle du chien; à l'état larvaire, il est l'hôte du mouton. Cette migration a été décrite pour la première fois par Siebold, en 1853. L'infestation humaine est limitée aux individus dont la vie se déroule en contact avec le chien.

Notre travail se bornera à chercher simplement par quel mécanisme l'embryon peut aller se fixer dans l'épaisseur de la paroi abdominale, où sa transformation vésiculaire donne naissance à ce qu'on appelle un kyste hydatique. L'embryon hétérocanthe du *tænia echinococcus*, hôte normal de l'intestin du chien, se transforme en une larve, appelée hydatide ou échinocoque, qui s'entoure d'une enveloppe où il s'enkyste; c'est à l'ensemble de cette membrane et de l'hydatide qu'elle contient que l'on a donné le nom de kyste hydatique.

Un anneau mûr, ou bien un ou plusieurs œufs de *tænia echinococcus*, évacués par un chien, sont avalés par un homme. L'œuf dégluti pénètre dans l'estomac: sous l'action des divers sucs gastriques et peut-être aussi parce qu'il se

trouve dans son milieu de développement, sa coque chitineuse se dissout: l'embryon hexacanthé qu'elle abritait, ainsi mis en liberté, pénètre dans l'intestin. Dans la majorité des cas, il peut être englué dans la masse alimentaire, parcourir tout le tube digestif et être rejeté avec les fèces. Mais si les circonstances sont favorables, il peut se fixer par ses crochets à la paroi intestinale, la perforer, tomber dans une des ramifications de la veine porte, dont le courant va l'entraîner jusque dans le foie, réalisant le kyste hydatique du foie qui est de beaucoup le cas le plus fréquent.

L'embryon hexacanthé peut dépasser ce premier barrage, il continue à suivre le courant sanguin, c'est-à-dire il parcourt la veine cave et pénètre dans le cœur droit; il est lancé dans la circulation pulmonaire où le réseau capillaire lui offrira un second barrage. Ainsi, les kystes hydatiques du poumon sont les plus fréquents après ceux du foie.

L'embryon hexacanthé peut perforer les capillaires sanguins et continuer son voyage dans le cœur gauche, où il pourra aller, de là, se fixer dans un viscère quelconque, plus ou moins éloigné, ou dans les muscles des membres, ou dans ceux de la paroi abdominale, par exemple.

Dans d'autres cas, l'embryon hexacanthé n'effectuera pas ce long trajet, mais pour arriver à la circulation générale en pénétrant dans le chylifère central d'une villosité, puis il pourra continuer dans les ganglions mésentériques, la citerne de Pecquet et le canal thoracique, pour aboutir dans le cœur droit et la circulation pulmonaire. Cette voie va permettre toutes les localisations extra-hépatiques. Il semble que l'obstacle offert par les capillaires du poumon ne soit pas trop difficile après celui qu'ont constitué les ganglions.

A côté de la théorie artérielle, admise en France pour expliquer les kystes hydatiques des muscles, il existe une autre théorie, celle de Tavel (1), généralement acceptée en Allemagne.

Gerulanos fait remarquer que les muscles atteints de kystes hydatiques sont, par ordre de fréquence, les adducteurs et le quadriceps, les muscles de la région lombaire, le biceps brachial et le grand pectoral. « Or, ces muscles correspondent aux grandes voies qui accompagnent les gros vaisseaux et s'étendent du tronc aux parties périphériques du corps; ils correspondent aux grandes colonnes de tissu conjonctif qui entourent les vaisseaux. Ces colonnes de tissu conjonctif sont les chemins naturels que suivent les embryons hexacanthés dans leur migration active ». Gérulanos précise ce cheminement: « Les embryons parvenus préalablement, par leurs mouvements propres, dans le tissu cellulaire sous-séreux qui entoure l'aorte abdominale, arrivent de là, en longeant les grands vaisseaux, jusqu'à la paroi du bassin. Quittant ce dernier, ils accompagnent les différents vaisseaux et se fixent le long de leur trajet ».

Ce cheminement dans la gaine des vaisseaux avait été également soutenu dans un mémoire antérieur par Most (2). Cette théorie du cheminement de l'embryon hexacanthé fut défendue par Davaine, et il considérait qu'elle constituait la seule explication plausible de ces kystes multiples sous-péritonéaux, qu'il avait observé avec Charcot. Cette théorie du cheminement est beaucoup plus séduisante que la théorie circulatoire pour l'explication de la localisation du kyste hydatique du mésentère, de l'épiploon, de la prostate ou de la paroi abdominale.

(1) TAVEL. — *Disert*, Berlin, 1880.

(2) MOST. — *Deutsch. Zeitschrift. f. Chirurg.*, 1898, p. 590.

Il est probable que l'embryon hexacanthé ne chemine pas longtemps dans la muqueuse digestive, et qu'il ne tarde pas à tomber dans la lumière de quelque veinule: à partir de ce moment, sa migration active est terminée; entraîné par le courant sanguin, il ira constituer une embolie parasitaire et se développera à l'endroit où il sera arrêté. Cette théorie du cheminement ne serait acceptable que pour expliquer le siège d'un kyste dans le voisinage immédiat du tractus intestinal, mais, par contre ne doit être que difficilement admise dans les localisations éloignées.

Devé (3) n'admet pas les localisations primitives extra-hépatiques des kystes hydatiques, il admet que l'on peut trouver des kystes solitaires, isolés, du mésentère, de l'épiploon; mais, d'après lui, les observations indiscutables sont très rares, car, dit-il, « on ne doit tenir à cet égard qu'un compte très relatif des observations uniquement cliniques ou opératoires ».

Koenitzer (4) dit que « l'échinococcose solitaire du péritoine ou de l'épiploon n'a pas encore été observée ».

Devé a montré que les têtes de *tænia*, mises en liberté par la rupture, soit traumatique ou opératoire, soit spontanée d'un kyste, peuvent se transformer en hydatide et donner naissance à de véritables kystes échinococciques fertiles. Cette greffe peut être circonscrite ou, au contraire, se produire par la voie circulatoire, et Devé a pu même la réaliser expérimentalement sur le lapin, déterminant ainsi la formation de kystes échinococciques secondaires, dont il a pu reproduire les localisations.

Pour notre part, nous n'étudierons que les kystes localisés à la paroi abdominale.

(3) DEVÉ. — De l'Echinococcose secondaire, 1901. Les kystes hydatiques du foie, 1905.

(4) KOENITZER. — Deutsch Zeitschrift. f. Chirurg., 1900, p. 549,

Quelle influence peut déterminer l'arrêt de l'embryon hexacanthé, ici plutôt que là, dans la gaine du grand droit ou dans l'épaisseur du transverse, plutôt que dans les muscles de la cuisse? Et c'est ici que l'on a invoqué le rôle *traumatique*. Il est naturel qu'il ne fera pas naître l'embryon s'il n'existait pas, mais il paraît nettement favoriser l'arrêt de sa migration. Marguet voyait un phénomène de vaso-constriction retenant l'embryon; Bertelé admettait qu'il se formait, par rupture fibrillaire, un hématome où l'embryon trouvait un admirable terrain de développement. Lenormand (5) note, dans une de ses observations, le développement d'un kyste hydatique de la paroi abdominale après un effort brusque. De Gorse (6) signale un cas où le kyste s'est développé quelques jours après une contusion.

Dans l'observation de Chauvin (7), il y eut des phénomènes graves après le traumatisme, avec vomissements sanglants et selles noirâtres, puis développement lent et progressif depuis 27 ans. Peut-être, dans ces cas, le traumatisme aurait rompu un kyste hydatique viscéral préexistant. Nous pouvons encore remarquer que sont le plus fréquemment atteints par l'échinococcose les muscles des régions exposées aux traumatismes, telles que la nuque ou les muscles appelés à fatiguer beaucoup, les adducteurs, la masse sacro-lombaire, les triceps cruraux; ce n'est point le cas pour les muscles de la paroi abdominale, aussi comprenons-nous la rareté de cette localisation.

Mais les observations qui ne signalent pas le traumatisme sont très nombreuses. Nous pouvons imaginer de

(5) LENORMANT. — *Revue de Chirurgie*, 1905, p. 447.

(6) DE GORSE. — *Bull. Médical*, 1910, p. 287-289.

(7) CHAUVIN. — *Montpellier Médical*, 1920.

petits incidents qui suffisent à arrêter l'embryon hexacanthé en un point d'une artériole nourricière d'un muscle de la paroi abdominale dans l'intimité duquel il s'installera. Un spasme passager de l'artériole, une obstruction, accidentelle, partielle ou complète de la lumière, un abaissement localisé de la pression sanguine en un point particulier de son trajet pourront arrêter la course de l'embryon hexacanthé qui, de ses crochets, perforera l'endothélium des vaisseaux pour pénétrer et se greffer dans une fibre musculaire.

FREQUENCE ET ETUDE ANATOMIQUE

La longueur du trajet que doit parcourir l'embryon hexacanthé, l'importance considérable des deux principaux obstacles (foie et poumons) qu'il doit franchir avant d'arriver à la paroi abdominale, font prévoir la rareté de cette localisation du kyste hydatique. D'après Lenormant, nous devons distinguer par leur siège anatomique et par leurs caractères cliniques, d'une part les kystes développés dans l'épaisseur même des muscles qui constituent la paroi abdominale ou dans les interstices cellulaires qui séparent ces muscles, *kystes des muscles de la paroi*; d'autre part, les kystes siégeant au-dessous des lames musculaires, dans la couche conjonctive qui double le feuillet pariétal du péritoine, *kystes pré-péritonéaux*.

Quelle est la fréquence de ces deux variétés? Moutet signalait deux cas dans les muscles, trois cas de kystes pré-péritonéaux. Lenormant, sur 21 cas, signalait 16 kystes développés dans l'épaisseur ou l'interstice des muscles et 5 seulement dans le tissu cellulaire sous-péritonéal. Lamas et Prat rapportent 7 observations de kystes de la paroi, pré-péritonéaux, dont 5 répondant au type ascitique. Nous avons emprunté une observation à ces auteurs pour la différencier des kystes hydatiques de la paroi abdominale proprement dite. Nous allons étudier séparément leurs caractères anatomiques.

I. *Kystes développés dans les muscles de la paroi.* — Moutet disait, à leur sujet: « Ceux qui naissent entre les plans aponévrotiques et musculaires trouvent à leur extension des limites naturellement indiquées par les diverses séparations et réunions qui s'opèrent entre eux ». Ils auront habituellement les caractères des kystes musculaires, leurs dimensions sont généralement modérées, n'atteignant pas celles de kystes pré-péritonéaux. Ils sont développés dans l'épaisseur même des muscles de la paroi ou dans les couches de tissu cellulaire qui séparent ces muscles, ils en écartent et amincissent les fibres en s'accroissant et tendent pour ainsi dire à s'énucléer. Dans la majorité des cas, ils sont séparés des muscles et des aponévroses dans leur plus grande partie par un plan de clivage qui permet de les isoler facilement, mais presque toujours ils ont en un point de leur surface une adhérence solide qu'il faut sectionner. Lenormant nous cite le cas, dans une de ses observations, d'un kyste adhérent intimement au petit oblique, vers la 12^e côte, et la dissection, faite d'abord, fut terminée aux ciseaux. Ces kystes sont en général unique, sauf dans le cas de Vigneron, où l'on trouvait deux poches non communicantes.

Le liquide contenu dans le kyste présente les caractères habituels du liquide hydatique; il est transparent, clair, «comme l'eau la plus pure », et cette constatation seule, lors de la ponction ou de l'incision, suffirait à faire le diagnostic. Adams et Polaillon ont trouvé un liquide jaune paille de couleur, rappelant celle de l'urine. Pheulphies (8) signale un liquide laiteux, grumeleux, et deux hydatides secondaires, de la grosseur d'une cerise. Ces vésicules caractéristiques des kystes hydatiques peuvent être de gros-

(8) PHEULPHIES. — *Bulletin de Chirurgie*, 1928, p. 1306.

seurs diverses, variant de la tête d'une épingle à la grosseur d'une cerise. Leur nombre est en général assez minime, nul dans le cas (Adams, Goutscharov, Lenormant), deux dans le cas de Laurenti. On n'a pas mentionné la présence de crochets.

« Tous les muscles et toutes les aponévroses qui constituent la paroi abdominale peuvent être le siège primitif du kyste hydatique, il occupait l'épaisseur même du grand oblique chez les malades de Vigneron et de Tcherniawski; il était situé entre le grand et le petit oblique chez l'opéré de Péan et chez la mienne; vraisemblablement aussi chez celle de Treuberg, qui découvrit le kyste sous l'aponévrose superficielle; Tiling le rencontra entre le petit oblique et le transverse, Legrand dans un dédoublement de l'aponévrose du petit oblique » (9). Les muscles grands droits peuvent être atteints comme les muscles larges; c'est le cas de l'observation de Négrié et Rolland, que nous publions. Goutscharov enleva une tumeur siégeant en arrière du grand droit, au devant du feuillet postérieur de la gaine de ce muscle.

Pour la situation de ces kystes, nous reprendrons les chiffres donnés par Lenormant:

Fosse iliaque et région de l'épine iliaque entéro-supérieure.	6 cas
Région postéro-latérale	2 —
Région médiane supérieure	2 —
Voisinage du rebord costal	1 —
Région splénique	1 —

Quelquefois, nous trouvons la région inguino-crurale précisée par Blaksley, Cagliardi (10).

(9) LENORMANT. — *Rev. de Chirurgie*, 1905, p. 446-466.

(10) CAGLIARDI. — *Memoria della Soc. Piemontese de Chirur.*, 1933, p. 815.

II. *Kystes hydatiques pré-péritonéaux*. — Ces kystes contrastent avec les précédents, c'est-à-dire ils sont beaucoup plus volumineux et que leur caractéristique fondamentale est de simuler l'ascite. Ces kystes sont très volumineux à une seule poche, ou pauciloculaire, avec prédominance d'une poche. Cette poche va le plus souvent du xiphoïde au pubis et d'une fosse lombaire à l'autre. Certains auteurs, en particulier Lenormant, ont expliqué les grandes dimensions qu'acquièrent ces kystes par la lenteur de l'évolution se chiffrant par années et par ce fait que la couche cellulaire sous-péritonéale dans laquelle ils se développent ne présente aucun cloisonnement, aucune limite susceptible d'arrêter leur accroissement en surface. Il s'agit le plus souvent dans ces cas d'une augmentation diffuse du ventre dont la circonférence a pu atteindre 95 centimètres (Boudet). Lamas nous parle, dans son observation, d'une malade dont le ventre ressemblait à celui d'une femme à la fin de grossesse.

Devinenzi (11), d'après une observation rapportée par Lamas, nous donne les mensurations suivantes: l'abdomen du xiphoïde à l'ombilic, mesure 0 m. 42, et, jusqu'au pubis, 0 m. 90; la circonférence abdominale a, sur l'ombilic, 1 m. 71. Dans tous les cas rapportés par Lamas, nous trouvons un abdomen très distendu, contrastant avec le thorax des malades.

D'aussi volumineuses tumeurs renferment une très grande quantité de liquide et de vésicules. Moutet, dans son cas, nous cite des chiffres énormes: 15 litres de liquide et une masse innombrable d'hydatides pesant 4.500 gr.

(11) DEVINCENZI. — *Journal de Chirurgie*, 1922, p. 17.

Lamas nous signale un cas où il retira 22 à 25 litres de liquide et une grande quantité de vésicules hydatiques, quelques-unes vides et flétries, la plupart pleines et transparentes.

Ces kystes, tout de même, n'acquièrent ces dimensions que peu à peu; au début, ils constituent des tumeurs circonscrites. Courty signale un cas de kyste qui mesurait 0 m. 80 de circonférence à la base, qui, à son apparition, c'est-à-dire trente-cinq ans auparavant, était gros comme une noix. Le contenu de ces kystes est quelquefois purulent, d'après Lamas (2 cas sur 5). Le liquide, ainsi que les membranes, ont le plus souvent une couleur jaune, qui ressemble celle de la bile.

Il semble que nous puissions différencier les kystes pré-péritonéaux des kystes intra-pariétaux, par leur durée différente d'évolution, très longue, pour les premiers, et surtout par le volume des kystes pré-péritonéaux.

ETUDE CLINIQUE

Nous devons étudier séparément les deux variétés cliniques des kystes hydatiques de la paroi abdominale.

1. — *Kystes des muscles de la paroi.* — Dans la plupart des cas, le début est lent et insidieux. Dans notre troisième observation, la mère de la petite malade avait constaté que l'enfant avait déjà, faisant saillie sous la peau de la région ombilicale, une grosseur dont le volume atteignait à peine celui d'une noix. Comme ces tumeurs ne déterminent pas de douleurs ni de troubles fonctionnels, c'est fortuitement que leur présence est décelée. Dans un cas de Lenormant, la tumeur, déjà d'un certain volume, apparaissait brusquement, parfois avec des douleurs ou une sensation de craquement, à l'occasion d'un mouvement brusque ou d'un effort. Dans notre troisième observation, le malade n'avait constaté la grosseur que trois mois auparavant; à ce moment-là, elle atteignit le volume d'une noix. Ainsi, ces tumeurs ne sont découvertes que quand elles prennent une certaine importance.

L'inspection de ces tumeurs nous montre des grosseurs, régulières, ovoïdes le plus souvent, à surface lisse et à limites distinctes.

La percussion, dans le cas de Négrié, délimite une zone de matité de la région para-ombilicale gauche, de 12 centimètres de diamètre environ.

La palpation, toujours dans cette même observation, décèle une grosse masse, du volume d'un œuf d'autruche, plongeant dans l'abdomen, rénitente, de consistance ferme.

Trélat insistait sur leur dureté, comparable à celle d'une tumeur solide, ordinairement surdistendue par le liquide contenu. Lenormant nous rapporte que la consistance de ces kystes de la paroi doit être retenue, 9 fois sur les 16 observations qu'il a pu recueillir. Il semblerait que la fluctuation se retrouve plutôt dans les kystes plus volumineux, par exemple les trois cas observés par Adams, Polaillon et Goutscharov.

Les connexions du kyste se révèlent à la palpation; en général, le kyste est assez superficiel, bien qu'il puisse être inclus dans n'importe quel muscle de la paroi; la peau est mobile sur lui, il fait corps avec la paroi dans laquelle il est enchâssé.

« En soulevant la tumeur, on attire la paroi; si le sujet n'est pas trop gros, on peut enfoncer les doigts au dessous de la tumeur et constater qu'elle n'a pas de connexions profondes, qu'elle ne s'enfonce pas dans la cavité abdominale. Au repos, elle présente une certaine mobilité dans le sens verticale et transversal; elle suit les mouvements de la paroi et se soulève à l'inspiration. » (Goutscharov).

Le symptôme capital qui permet d'affirmer ces connexions est l'immobilisation de la tumeur à la contraction des muscles de l'abdomen, en particulier lorsqu'on fait asseoir le malade. Ce signe est très bien signalé dans l'observation de Négrié, et a été constaté pareillement par Lenormant. La consistance de la tumeur n'est pas modifiée par la contraction musculaire.

Quant au fréuissement hydatique, signe prétendu pathognomonique, il est exceptionnel dans les kystes des muscles de la paroi abdominale. Marquet ne l'a jamais observé.

2. *Kystes hydatiques pré-péritonéaux*. — Les symptômes fonctionnels sont, dans ces cas-là, très accentués. Ils sont en proportion avec le volume et l'étendue de la tumeur. Tout à fait au début, comme l'augmentation du volume de l'abdomen se produit sans troubles, ni malaises notables, on s'explique que la maladie arrive à un état très avancé sans que le malade en soit préoccupé.

A la période d'état, il est caractérisé le plus souvent par une symptomatologie d'ascite. Le début se fait par une distension progressive et diffuse du ventre. Lamas et Prat rapportent un cas où le malade avait noté une tuméfaction localisée qui disparut bientôt.

Nous rapportons les termes de Moutet, qui a décrit ces tumeurs d'une façon très nette: « Une tumeur, apparaissant à l'abdomen, sans y être annoncée par une cause générale ou une modification locale préalable, suivie de douleurs tardives, déterminant un amaigrissement extrême de la peau, mais sans œdème du tissu cellulaire ni dilatation variqueuse des veines sous-cutanées, élastique, plus ou moins facile à délimiter par la palpation, donnant à la percussion un son mat dont le siège n'éprouve aucune modification à la suite des changements de positions et reste fixe comme la forme elle-même que son développement a imprimé au ventre; fluctuant et transmettant au doigt une sensation particulière de frémissement ne provoquant ni troubles respiratoires ni troubles digestifs profonds, mais un malaise général; n'entraînant aucun arrêt à la circulation veineuse et, par suite, aucune infiltration dans les membres inférieurs; n'excitant aucune perturbation générale, sauf à une période avancée; coexistant avec toutes les apparences de la santé; d'une extrême lenteur dans sa marche, et résistant à l'action de tous les agents résolutifs ».

Le frémissement hydatique observé par Moutet n'est pas trouvé en général (un seul cas sur les sept rapportés par Lamas et Prat).

A la palpation, l'abdomen est rétinent, très élastique, ce qui est dû à la grande pression du liquide. Les troubles fonctionnels relèvent du volume du kyste : troubles digestifs par compression des viscères, œdème des membres inférieurs par compression de la veine cave. Dans la majorité des cas, un amaigrissement et un affaiblissement extrême, accompagnés d'une intoxication profonde de tout l'organisme.

DIAGNOSTIC

Le Professeur Duplay avait l'habitude de dire: qu' « En présence d'une tumeur liquide de diagnostic difficile, il fallait toujours penser au kyste hydatique ».

Le diagnostic du siège anatomique de la tumeur dans la couche musculo-aponévrotique de la paroi abdominale est donc, en somme, assez facile, et il a été fait dans un assez grand nombre de cas. Nous reprendrons le plan précédent.

Diagnostic des kystes hydatiques des muscles de la paroi.

— Ce sont des tumeurs nettement circonscrites, petites, régulières, toujours très dures, fixées par la contraction: tous caractères en opposition avec ceux des kystes pré-péritonéaux. En général, le diagnostic de la nature anatomique de la tumeur n'est point fait complètement; il est vrai que les kystes hydatiques des muscles sont assez rares.

D'après Marquet, les auteurs se sont trompés trois fois sur quatre.

Négrié, dans son observation, fit le diagnostic de kyste hydatique de la paroi abdominale en s'appuyant sur les antécédents de la malade, sur un examen clinique très complet et sur l'ensemble des réactions de laboratoire. Dans le cas de kyste de la paroi abdominale, le diagnostic le plus souvent posé a été celui de *fibrome*, quatre fois sur sept, d'après Lenormant. « Bien que fréquente, cette erreur ne

doit pas être excusable, si l'on se rappelle la formule de Trélat et si l'on pense à la possibilité de kyste hydatique. Je sais, pour ma part, que le diagnostic de fibrome ne me satisfaisait guère et que je l'ai fait par exclusion, ne voyant quelle autre tumeur circonscrite pouvait siéger dans les muscles de la paroi ».

Le caractère commun entre le fibrome et le kyste hydatique est leur consistance: ce sont des tumeurs dures, peut-être une dureté plus grande pour le fibrome. Le fibrome appartient pour ainsi dire exclusivement à la femme, tandis que le kyste hydatique s'observe dans les deux sexes, peut-être plus souvent chez l'homme, d'après Lenormant. Le kyste est ovoïde, nettement saillant, tandis que le fibrome est bosselé, aplati en galet ; nous pouvons trouver le kyste à n'importe quel point de la paroi, tandis que le fibrome avoisine la ligne blanche, au niveau des portions aponévrotiques, et ne s'observe pas dans la région postéro-latérale.

Avec un *fibro-lipome*: c'est l'erreur commise dans notre troisième observation, mais ici la consistance est beaucoup plus molle, et le siège est plus superficiel.

Polaillon, dans son observation, avait pensé à un hémato-me, cela à cause de l'apparition brusque et surtout lorsque le malade accuse un traumatisme; dans ce cas aussi, la consistance serait moins dure et l'évolution est très différente.

Lacroze (12) a pensé, dans un cas, à une hernie épigastrique; dans notre troisième observation, le malade entre à l'hôpital avec le diagnostic de hernie de la ligne blanche. Il nous semble qu'un examen minutieux de la tumeur doit faire éliminer ces hypothèses, surtout nous rappelant la dureté du kyste hydatique,

(12) LACROZE. — *Revista Medico-Latina Americana*, septembre 1928, p. 2189-90.

Lorsque le kyste hydatique est suppuré, le diagnostic peut être soulevé avec un phlegmon circonscrit de la paroi.

Diagnostic des kystes hydatiques pré-péritonéaux. — Aucune autre tumeur de la paroi n'est susceptible d'un aussi grand développement, et c'est bien plutôt avec des lésions profondes, intra-abdominales, que l'on peut confondre ces kystes hydatiques pré-péritonéaux. Sur les cinq cas rapportés par Lamas et Prat, le diagnostic a été porté une fois, grâce au frémissement hydatique, généralisé à tout le ventre, et, une fois, grâce à la ponction qui retira du liquide eau de roche; mais la localisation exacte, dans ces cas-là, n'a pas été précisée.

Pour arriver à préciser le diagnostic, nous devons tenir compte :

1° De la distension ou du gonflement lent et progressif du ventre, qui dure depuis plusieurs années;

2° De la distension diffuse du ventre, sans limitation de la tumeur;

3° Du gonflement qui ne déforme pas la cicatrice ombilicale et qui prédomine à l'abdomen supérieur;

4° Aspect d'ascite un peu spécial avec matité dans tout l'abdomen, qui ne se modifie pas avec les changements de position du malade;

5° Le toucher rectal laisse généralement libre le Douglas, chose rare dans un épanchement volumineux et libre du péritoine;

6° L'état général peut être très altéré et mauvais.

Nous pourrions confondre le kyste hydatique avec la *péritonite tuberculeuse*; c'est la confusion faite par Lamas et Prat dans leur observation. L'ascite prédomine au bas-ventre et ne constitue pas une distension aussi diffuse, aussi homogène; elle offre des amas solides, des gâteaux. L'ascite libre a des zones de matité et de sonorité variable avec la position des malades; tandis que le kyste hydatique est mat dans tout l'abdomen. L'ombilic, dans l'ascite, est distendu, déplissé; il est normal dans le kyste. Dans l'ascite, le Douglas est occupé par le liquide.

Moutet envisage, comme diagnostic différentiel: *les kystes de l'ovaire*, mais il nous semble qu'aujourd'hui, où l'on dépiste les tumeurs ovariennes dans leurs premiers stades, et nous ne voyons plus guère les énormes kystes remplissant tout le ventre, nous devons écarter ce diagnostic,

Le diagnostic sera à faire plutôt avec des lésions profondes intra-abdominales et même avec des tumeurs rétro-péritonéales, lorsque, toutefois, le degré de développement est plus modéré.

Pour établir ce diagnostic, nous devons retenir les antécédents des malades; certaines professions exposent à la contamination: bouchers, bergers, paysans, en raison de leurs rapports constants avec des chiens et des moutons, ainsi que le fait pour toute personne d'avoir un chien familier. Dans le cas où notre examen clinique doit nous faire envisager la possibilité du kyste hydatique, nous devons demander des *examens de laboratoire*:

En particulier, la recherche de l'éosinophilie sanguine, mais elle n'est pas constante et appartient à toutes les affections parasitaires. La réaction de Weinberg-Parvu, qui cherche à déceler dans le sang du malade la présence d'une sensibilisation contre le liquide hydatique. Cette réaction est

en général négative dans tous les cas où il s'agit de kystes hydatiques vierges. L'intra-dermo-réaction de Casoni est positive dans 85 à 95 % des cas: elle doit être considérée comme le meilleur test biologique.

La ponction ne doit pas figurer comme diagnostic, elle est toujours à rejeter; elle expose aux accidents de choc anaphylactique et elle peut occasionner l'ensemencement du péritoine, provoquant une échinococcose secondaire.

C'est après un examen clinique minutieux que nous devons demander ces recherches de laboratoires qui aideront à nous faire porter ce diagnostic de kyste hydatique de la paroi, très difficile, car, le plus souvent, nous ne l'envisagerons pas.

ÉVOLUTION ET PRONOSTIC

La lenteur de l'évolution de ces tumeurs est une de leurs principales caractéristiques; dix-sept ans dans un cas de Moutet, trente-cinq ans pour Courty. En général, l'évolution est plus longue pour les kystes pré-péritonéaux que pour les kystes de la paroi. Dans les cas des kystes hydatiques, publiés par Lamas et Prat, l'évolution dure d'un à cinq ans: nous croyons que cela est dû à la jeunesse des sujets, tous ayant moins de trente ans; d'ailleurs, ce n'est point le laps de temps, allant jusqu'à leur terminaison définitive, mais à celui où le traitement a été entrepris.

Nous avons vu, dans nos observations, que l'état général était assez peu touché, surtout pour les kystes de la paroi, car leur localisation superficielle ne gêne qu'assez peu les viscères abdominaux; ce sont des kystes dont le développement est limité par le cloisonnement de la paroi.

L'état général est plus touché dans les cas de kystes pré-péritonéaux. Lamas nous rapporte, dans une de ses observations: « Un malade qui respire avec difficulté et qui nous donne l'impression d'être proche de la fin ». Quelquefois, on signale des troubles de compression assez graves, surtout quand la masse de liquide dépasse une vingtaine de litres.

La suppuration, seule complication signalée, est rare dans les kystes hydatiques des muscles de la paroi; elle a été observée deux fois sur seize cas (cas de Carlieu et de

Tiling). Elle paraît plus fréquente dans les kystes prépéritonéaux, dont deux sur cinq étaient suppurés (cas de Courty et de Goutscharow), encore dans le premier l'apparition de pus est-elle secondaire à une ponction ». (Lenormant (13).

Fréquentes sont les altérations histologiques des organes et des tissus, atrophie des muscles qui est, dans certain cas, très marquée, comme dans le cas de Chauvin, où l'incision alla ouvrir la poche kystique immédiatement sous les téguments lardacés et épaissis.

Cette action érosive ne semble pas devoir être assez considérable pour causer des complications graves; une seule fois (Degner), le kyste abandonné à son évolution naturelle, est venu s'ouvrir à la paroi.

(13) LENORMANT. — Kystes hydatiques de la paroi abdominale, *Revue de Chirurgie*, 1905, p. 446-466.

TRAITEMENT

Le traitement de choix pour les kystes hydatiques de la paroi abdominale est le traitement opératoire, surtout pour les kystes inclus dans la paroi, dont on fait l'extirpation totale. On peut opérer soit sous narcose, soit sous anesthésie locale; c'est le cas de notre troisième observation.

En général, on incise au milieu de la tumeur, sur une petite longueur; on peut, dans certains cas, faire l'énucléation complète de cette tumeur. On referme plan par plan, en laissant un drainage aux crins; les suites opératoires sont excellentes, le malade peut reprendre une vie normale quelques jours après l'intervention.

Pour les kystes hydatiques pré-péritonéaux, s'ils sont opérés à leur début, le pronostic est aussi bénin que celui des kystes musculaires, et le traitement est encore l'ablation complète. Pour les kystes qui évoluent depuis longtemps, Lamas et Prat conseillent aussi l'intervention, mais qui est, dans ces cas, une intervention grave: « deux décès sur cinq cas ». Ce n'est pas, d'après eux, l'intervention elle-même qui est grave, mais le fait que la plupart des malades arrivent cachectiques. Et nous croyons que, dans ces cas, l'anesthésie locale serait beaucoup moins choquante. D'ailleurs, il s'agit simplement de faire une petite incision pour vider le contenu et drainer. Ce sera, encore là, le traitement du kyste hydatique suppuré.

CONCLUSIONS

I. — La localisation abdominale du *tænia echinococcus* est très rare, et souvent la seule localisation de l'infection. Le traumatisme semblerait avoir joué dans certaines observations un rôle important dans cette localisation, mais il ne peut être complètement retenu, car nombreux sont les cas où il n'a pas été enregistré.

II. — Nous devons différencier deux variétés très distinctes: les kystes développés dans les muscles de la paroi et les kystes pré-péritonéaux ayant des caractères anatomiques et cliniques nettement différenciés, les kystes pré-péritonéaux étant plus volumineux et évoluant très lentement, pendant plusieurs années en général.

III. — Les kystes des muscles de la paroi sont très superficiels, on arrive à préciser les rapports et à délimiter la tumeur. Tandis que les kystes pré-péritonéaux sont difficiles à délimiter et se traduisent le plus souvent par une symptomatologie d'ascite.

IV. — Le diagnostic de cette affection est rarement reconnu à l'avance; c'est avec le fibrome que l'on doit surtout différencier les kystes de la paroi, avec la péritonite tuberculeuse pour les kystes pré-péritonéaux.

V. — Les examens de laboratoires, éosinophilie, réaction de Weinberg, intra-dermo-réaction de Casoni et méthodes de Fleig-Lisbonne, doivent permettre de déceler la nature de la tumeur avant de trouver des kystes pré-péritonéaux énormes, et, dans tous ces cas, l'intervention précoce, permettant l'énucléation complète de la tumeur, nous donnera d'excellents résultats.

BIBLIOGRAPHIE

- BOUREL-RONCIÈRE (A.), — Les kystes hydatiques des muscles. *Thèse Paris*, 1884.
- CAMPATELLI. — Kyste hydatique à foyer lombaire. *Il Polinico, sezione chirurgica*, an XXXII, fasc. 10, p. 493-501.
- GAGLIARDI. — Kyste hydatique dans la région inguino-crutale gauche. *Bulletino e Memoria della Società Piemontese de Chirurgica*, vol. III, n° 13, 1933, p. 815-828.
- CHAUVIN (E.). — *Montpellier Médical*, février 1920.
- COHEN-BOULAKIA (Salvatore). — Contribution à l'étude des kystes hydatiques de la paroi abdominale. *Thèse Montpellier*, 1920-21.
- DEVÉ (F.). — De l'échinococcose secondaire, 1901, Les kystes hydatiques du foie, 1905. *Comptes Rendus de la Société de Biologie*, Paris, depuis 1901.
- ESTOR (H.) et LONJON. — Kystes hydatiques de la paroi abdominale. *Archives de la Société des Sciences Médicales et Biologiques de Montpellier*, an. x, fasc. juin 1929, p. 258-260.
- GIOIA. — Localisation rare du kyste hydatique. *La Semana Medica*, an. XXXVII, n° 26, juin 1930, p. 1642, 44.
- GORSE (P.). — *Bulletin Médical*, 1910, p. 287-289.
- GOUTSCHAROV, — *Medicinskoje, Obosrenje*, 1902, n° 10,

- LACROZE, MESA et RIVALTA. — Kyste hydatique sous-cutané de la ligne blanche simulant une hernie épigastrique. *Revista Medica Latina-Americana*, an. XIII, n° 156, septembre 1928, p. 2186-89.
- LAMAS (A.) et PRAT (D.), *Professeurs à la Faculté de Médecine de Montévidéo*. — Kystes hydatiques de l'abdomen à type ascitique. *Journal de Chirurgie*, 1922.
- LAURENTI (T.). — Echinococco della parete abdominal. *Gaz. Med. di Roma*, 1914.
- LEDDERHOSE. — Die Chirurgischen Erkrenkygen der Bauchdecken Med. Der Milz. *Deutsch. Chirur.*, 1890, p. 35.
- LENORMANT (Ch.). — *Revue de Chirurgie*, 1905, p. 446-66.
- MARGUET (E.). — Des kystes hydatiques dans les muscles volontaires. *Thèse Paris*, 1896.
- MOURGUE-MOLINES, RICHE et LONJON. — A propos du diagnostic des kystes hydatiques. *Montpellier Médical*, mai 1935, p. 323-33.
- MOUTET. — Des kystes hydatiques de la paroi abdominale antérieure. *Montpellier Médical*, 1871.
- NIGROSOLI (Barttolo). — *Zentr. f. Chirur.*, 1893.
- TILING, cité par MOST. — Beitrag Zur Lehre von den Echinokkengeschulsten. *Deutsch. Zeit. f. Chirur.*, 1897, p. 590.
- TRENBORG. — Echinococcus der Vonderen Bauchwand. *Deutsch Med. Woch.*, 1892, n° 14.
- TSCHERNIANSKI, cité par MOST. — Beitrag zur Lehre von den Echinokkengeschulsten. *Deutsch. Zeit f. Chir.*, 1897, p. 590.
- VINGERON. — *Bulletin de la Société Anatomique*, 1888,

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères,

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque,

En ma qualité de Censeur de tour
j'ai lu la Thèse ayant pour titre :

Les Kystes hydatiques primitifs de la paroi abdominale.

par Georges CROUZILHAC.

Je pense que la Faculté peut en
permettre l'impression :

Montpellier, le 12 novembre 1943

Le Professeur,
AIMES.

Vu:

Montpellier, le 13 novembre 1943

Le Doyen,
GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer:

Montpellier, le 15 novembre 1943

Le Recteur,
BOUSSAGOL.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

